



Direction de l'Autonomie
Délégation Départementale de
l'ALLIER



**EHPAD François
GRÈZE**



CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS

2024 – 2028

PERSONNE MORALE GESTIONNAIRE

EHPAD Dr François GRÈZE
29, Avenue du Huit-Mai 1945
03120 LAPALISSE
FINESS juridique : 030000293

EHPAD

29, Avenue du Huit-Mai 1945
03120 LAPALISSE
FINESS géographique : 030780761

ENTRE

Le Département de l'Allier, représenté par Monsieur Claude Riboulet, Président du Département de l'Allier, dûment habilité à signer le présent contrat en vertu de l'article L.313-11 du Code de l'Action Sociale et des Familles ;

L'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes représentée par Madame Cécile COURREGES, Directrice générale ;

La personne morale gestionnaire, représentée par la personne habilitée à signer le CPOM conformément aux dispositions du IV ter A de l'article L313-12 du CASF, Monsieur Michael MERCIER, dont le siège social est situé à LAPALISSE (03120) ;

VISAS

Vu le code de l'action sociale et des familles et notamment les articles L.313-11, L.313-12 et L.313-12-2 ;

Vu le décret n°2022-734 du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles

Vu l'arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu au IV ter de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles ;

Vu l'arrêté du 6 juin 2019 modifiant l'arrêté du 28 septembre 2017 relatif au seuil mentionné à l'article R.314-160 déclenchant le dispositif de modulation du forfait global soins des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles ;

Vu les arrêtés 1921 à 1924 du 28 mai 2019 portant sur l'adoption du schéma régional de santé 2018-2023 et du projet régional de santé Auvergne-Rhône-Alpes 2018-2028;

Vu l'instruction N°DGCS/SD5C/2017/96 du 21 mars 2017 relative à la mise en œuvre de l'arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du cahier des charges du contrat d'objectifs et de moyens (CPOM) prévu au IV ter de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles et à l'articulation avec le CPOM prévu à l'article L. 313-12-2 du même code ;

Vu la délibération du Département n° CD-décembre 2022-16-187 relative au schéma unique des solidarités ;

Vu la délibération du Département n° CD-mai 2022-1-53 relative à la stratégie départementale d'accompagnement du parcours de la personne âgée ;

Vu le règlement de l'habilitation à l'aide sociale ;

Vu l'arrêté N° 2016-7167 portant renouvellement de l'autorisation en date du 15/12/2016 ;

Vu la CTP 2016 – 2020 signé le 10 octobre 2016 ;

Vu la délibération de la commission permanente du Département de l'Allier en date du 12 décembre 2019 ;

Vu la délibération du conseil d'administration de l'établissement public médico-social du 07/07/2023, qui autorise Monsieur Michael MERCIER à signer le présent contrat ;

PREAMBULE	4
Titre 1 : OBJET DU CPOM	4
Article 1 : Identification du gestionnaire et périmètre du CPOM	4
1.1. <i>Caractéristiques de l'organisme gestionnaire</i>	4
1.2. <i>Identification de l' ESMS constituant le périmètre du CPOM</i>	5
Article 2 : Articulation avec les CPOM existants	9
Article 3 : Diagnostic	10
3-1 <i>Evaluation des précédentes CTP</i>	10
3-2 : <i>Diagnostic à la date du 11/05/2023</i>	13
3-3 : <i>Diagnostic financier</i>	17
Article 4 : Objectifs généraux et opérationnels du CPOM	19
<i>ENJEU 1 : SANTE ET BIEN ETRE DES RESIDENTS</i>	
<i>ENJEU 2 : POLITIQUE EN FAVEUR DES RESSOURCES HUMAINES</i>	
<i>ENJEU 3 : L'ESMS DANS SON ENVIRONNEMENT</i>	
Titre 2 : LES MOYENS DEDIES A LA REALISATION DU CPOM	20
Article 5 : Modalités de détermination des dotations des ESMS.....	20
5-1 <i>Tarifcation de l'hébergement</i>	20
5-2 <i>Forfait dépendance</i>	21
5-3 <i>Forfait soins</i>	21
5-4 <i>Financements complémentaires</i>	21
5-5 <i>Fixation des taux d'occupation</i>	22
Article 6 : Cadre budgétaire du CPOM - l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD).....	22
6-1 <i>Périmètre et transmission de l'EPRD</i>	22
6-2 <i>Clôture de l'exercice et modalités d'affectation de l'EPRD</i>	23
Article 7 : Frais de siège	23
Titre 3 : MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT	23
Article 8 : Suivi et évaluation du contrat.....	23
8-1 <i>Composition</i>	23
8-2 <i>Documents à produire</i>	23
8-3 <i>Dialogues de gestion</i>	24
8-4 <i>Transmission annuelle</i>	24
Article 9 : Traitement des litiges	24
Article 10 : Révision du contrat.....	24
Article 11 : Entrée en vigueur et durée du contrat	24
Article 12 : Résiliation du CPOM	25
Article 13 : Liste des annexes	25

PREAMBULE

Le présent contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), conclu avec le Président du Département/Conseil départemental et le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé, permet l'accueil de personnes âgées dépendantes conformément aux dispositions de l'arrêté d'autorisation.

Le présent CPOM a donc pour objet:

- d'établir un diagnostic intégrant, notamment, la synthèse de l'évaluation de la précédente convention tripartite et les conclusions de l'évaluation externe,
- de préciser, au regard du diagnostic, les objectifs d'amélioration de la qualité dans l'établissement et leurs modalités d'évaluation,
- de poursuivre la démarche qualité engagée dans le cadre de la précédente convention. Cette démarche a pour objectif de garantir à toute personne âgée dépendante accueillie dans l'établissement les meilleures conditions de vie, d'accompagnement et de soins.

Le présent CPOM ne préjudicie pas à l'application des dispositions relatives aux obligations des établissements et services médico-sociaux liées à la procédure d'autorisation prévue à l'article L.313-1 du code de l'action sociale et des familles et, notamment, au respect de conditions d'installation, d'organisation et de fonctionnement de l'établissement garantissant la santé, la sécurité, le bien-être physique ou moral et l'intimité des personnes hébergées.

Titre 1 : OBJET DU CPOM

Article 1 : Identification du gestionnaire et périmètre du CPOM

1.1. Caractéristiques de l'organisme gestionnaire

Numéro FINESS juridique	030000293
Statut juridique	Etablissement Public Administratif
Modalités d'organisation de l'organisme gestionnaire	Organigramme joint en annexe 1.
Activités sanitaires et médico-sociales autorisées (indiquer la capacité)	Médico-sociales : Accueil pour Personnes Âgées : 228 lits Accueil temporaire pour Personnes Âgées : 4 lits Accueil de jour : 6 places Sanitaires : aucune
Organisation et missions du siège social	Non concerné
Caisse pivot compétente	CPAM de l'Allier
Convention collective	Secteur public

1.2. Identification de l' ESMS constituant le périmètre du CPOM

Nom de l'établissement : EHPAD François GRÈZE

1.2.1. Caractéristiques générales de l'établissement

Adresse			
Habilitation aide sociale autorisée	Oui totalement		
Nb de places	dont habilité à l'aide sociale		
Capacité de l'établissement ¹		Capacité autorisée	Capacité installée
	Places HP	228	228
	- dont places Pôle d'Activités et de Soins Adaptés	14	14
	- dont places Unités Protégés pour Personnes Désorientées	24	24
	- dont places Unité d'Hébergement Renforcé		
	- dont places Unité Personnes Handicapées Vieillissantes		
	Hébergement temporaire	2	2
	Hébergement temporaire en Unités Protégés pour Personnes Désorientées	2	2
	Accueil de jour	6	6
Option tarifaire soins	Tarif global		
PUI	Oui		
Filière gérontologique (ex -Rhône-Alpes)	Non concerné (Auvergne)		

1-2-2 Caractéristiques des résidents

Dernier GMP validé GALAAD, le	20/12/2017	750
Dernier PMP validé GALAAD, le	31/03/2016	201
SMTI		27,83 %
Nombre de résidents souffrant de la maladie d'Alzheimer ou apparentée		18
Nombre de résidents < 60 ans		2
Personnes reconnues handicapées vieillissantes (Reconnaissance MDPH avant 60 ans)		7
Type(s) de handicap	Âge moyen : 69 ans <input checked="" type="checkbox"/> Handicap Psychique <input checked="" type="checkbox"/> Handicap Mental <input type="checkbox"/> Handicap Sensoriel <input type="checkbox"/> Handicap Neuromoteur	

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6	TOTAL
Nbre de Résidents par GIR	56	91	26	47	7	1	228
Provenance géographique en %							
Département	95%	96%	94%	93%	100%	67%	95%
Hors département	5%	4%	6%	7%	0%	33%	5%

¹ Différencier, le cas échéant, les autorisations qui ne seraient pas conjointes

Nombre de résidents bénéficiaires aide sociale	Département	56
	Hors département	2
Nombre de projets personnalisés de moins de 12 mois en pourcentage de la capacité		52,45 %

1-2-3 Données administratives

	Hébergement Permanent	Hébergement Temporaire	PASA	UHR	Accueil de jour
Taux d'occupation 2022	87,61 %	58,08 %	nc	nc	62,42 %
Nbre jours d'ouverture/an	365	365	0	0	208
Nbre de places	222	4	14	0	6
Durée moyenne de séjour (donnée NETSOINS®)	1489 jours				

Inspection dans les 2 années précédant la signature du CPOM	Non	Si oui, Choisir date
Procès-verbal Commission de Sécurité et d'accessibilité	Défavorable	17/01/2023
Procès-verbal Direction Départementale de Protection des Populations (ex Direction Services Vétérinaires)	Favorable	10/05/2022
Contrôle légionnelle par l'ESMS	Conforme	24/10/2022
Plan bleu (voir site internet ARS ARA)	Non	Choisir date de dernière mise à jour
Plan blanc (pour les ESMS concernés)	Non	Choisir date de dernière mise à jour
Document d'Analyse du Risque Infectieux	Oui	20/12/2022
Projet d'établissement	Oui	31/12/2019
Livret d'accueil	Oui	20/10/2022
Contrat de séjour	Oui	22/03/2023
Règlement de fonctionnement	Oui	19/12/2018
Conseil de la Vie Sociale	Oui	4
Consultation CVS sur outils loi 2002-2	Oui	
Consultation/association du CVS sur CPOM	Non	Non encore réalisée
Existence d'une association des familles	Non	
Autre mode de participation des usagers	Oui	Permanences des représentants des familles dans l'établissement Participation aux commissions de choix (mobilier, alimentaire) Commission des menus
Evaluation interne	Oui	Choisir date de réalisation
Evaluation externe	Oui	12/09/2014

1-2-4 Données budgétaires 2023

HEBERGEMENT :	Hébergement Permanent	Hébergement Temporaire	Accueil de jour
Prix de journée moyen en année pleine	51,00 € (double) 53,48 € (simple)	51,00 € (double) 53,48 € (simple)	22,55 €

DEPENDANCE HP :	Prix de journée
GIR 1-2	22,50 €
GIR 3-4	14,28 €
GIR 5-6	6,06 €
Nbre total points GIR	203 300
Valeur moyenne point GIR (GMP tarifaire)	7,90 €
Dotation globale dépendance	1.083.973,81 €

SOINS :	Hébergement permanent	Accueil de jour	PASA	UHR	Autres (SSIAD ...)
Dotation globale soins année pleine hors CNR (en €)	3.519.373,12	69.451,30	69.220,14		1.016.586,17
Situation de convergence	négative				

1-2-5 Données ressources humaines (tout personnel confondu)

Age moyen des salariés	53,7 ans		
Ancienneté moyenne	10,98 ans		
Nombre de postes vacants au 01/01/2022 (préciser la nature du poste et le nombre d'ETP correspondant)	IDE : 2 ETP Médecin Co : 1 ETP		
Taux d'absentéisme	11,95%		
Taux de rotation	9,44 %		
Nombre de CDD (définition TDB ANAP)	26,56 etp		
Nombre d'ETP occupés par des faisant fonction (glissement de fonctions)	39,38 etp		
Existence du Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels	Oui	Date de mise à jour	20/03/2019

Tableau des effectifs n-1 en ETP (2022) Des notes en bas de tableau précisent certaines données.

	Héb	Dép	Soin	Total avant CPOM
Administration (3)	11			11
Services généraux	10			10
Cuisine (2)	14,82			14,82
Entretien				
Diététicien (4)	0,80			0,80
Animation sociale	2			2
	33,21	10,91		
ASH (1)	Dont 7,74 (ménage) Dont faisant fonction 24,77 (jour) 0,7 (nuit)	Dont faisant fonction 10,61 (jour) 0,3 (nuit)		43,12 (jour) 1 (nuit)
Psychologue		1		1
ASD - AMP (1)		22,11 (dont 3,39 AMP) répartis comme suit : 19,11 (jour) 3 (nuit)	51,60 (dont 7,91 AMP) (dont 44,60 (jour) 7 (nuit)	73,71 (dont 11,30 AMP) = 63,71 (jour) 10 (nuit)
Infirmière (1)			12,43 (jour)	12,43 (jour)
Infirmière Coordinatrice			2	2
Kinésithérapeute			1	1
Ergothérapeute			0,40	0,40
Psychomotricien			1 (apprentissage)	1
Pharmacien / Préparateur			2,90	2,90
Médecin coordonnateur			0	0
TOTAL	69,50	36,65	71,33	177,48

(1) pour chaque catégorie, précisez les effectifs jours et les effectifs nuit

(2) Effectif total de la cuisine. Cette cuisine étant commune et exploitée tant par l'EHPAD que par la Communauté de Communes du Pays de LAPALISSE, pour le compte de ses usagers, une partie des charges de personne est refacturée à la Communauté de Communes du Pays de LAPALISSE. Dont 2 ETP de cuisiniers, 1 ETP de commis en production froide, 1 ETP au conditionnement du portage de repas à domicile.

(3) Dont 3 ETP affectés à l'encadrement des services généraux.

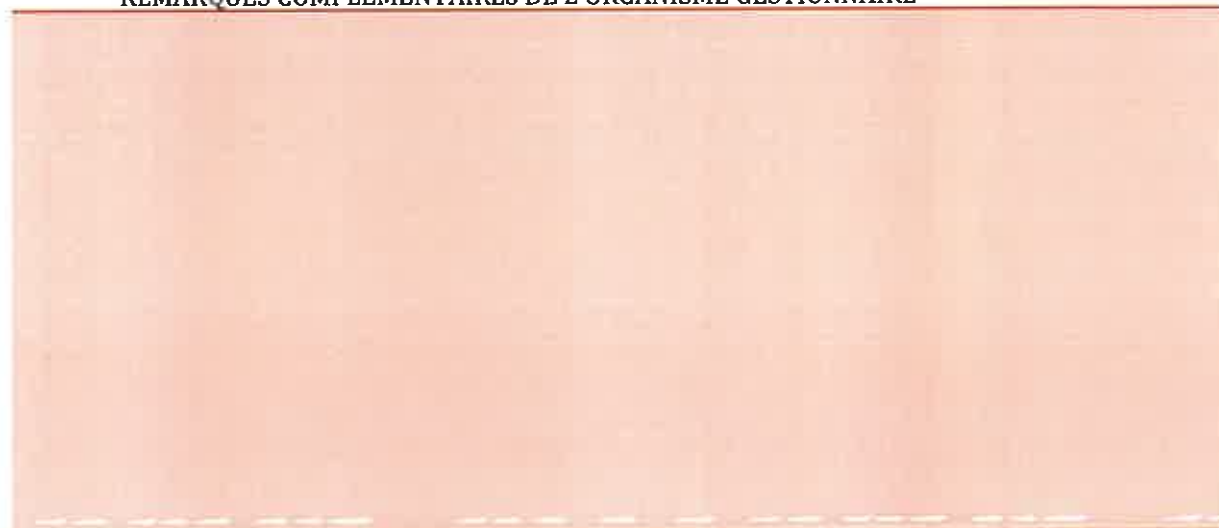
(4) L'agent est recruté à 80% mais est à temps partagé avec la Communauté de Communes du Pays de LAPALISSE. 20% de son temps est effectué pour le compte de la Communauté de Communes.

1-2-6 Inscription de l'établissement dans son environnement

Signature de la charte de filière	Non
Convention HAD	Oui
Convention équipe soins palliatifs	Non
Convention équipe mobile d'hygiène	Oui
Convention CH	Non
Convention structure psychiatrique	Non
Inscription dans un GHT	Non
Autres (à préciser)	Orthophoniste

Bibliothèque/médiathèque
Chiens visiteurs
Coopération avec autres EHPADs
Bénévoles
Collège
Laboratoire analyses médicales
Cuisine commune
Télémédecine
 Paiement électronique DGFI

REMARQUES COMPLEMENTAIRES DE L'ORGANISME GESTIONNAIRE



Article 2 : Articulation avec les CPOM existants

NON CONCERNÉ

Article 3 : Diagnostic

3-1 Evaluation des précédentes CTP

OBJECTIFS	ECHEANCE PREVUE	ETAT DE REALISATION	EXPLICATIONS
<p>(objectif 1) Redéfinir la prise en charge de l'accueil de jour</p>	2016	Réalisé	<p>Nouvelle localisation de l'accueil de jour. Travaux de mise aux normes effectués et autorisation d'exercice donnée dans les nouveaux locaux. Projet de service réalisé. Communication réalisée avec l'extérieur. Projets avec les aidants mis en place et financés, notamment par le biais des appels à projets de la conférence des financeurs du CD03.</p> <p>La première phase de travaux est terminée. Elle n'a pas porté sur les chambres les phases de travaux 2, 3, 4 et 5 porteront sur l'humanisation des locaux.</p>
<p>(objectif 2) Projet architectural : transformer un maximum de chambres doubles en chambres simples Ajouter des douches dans toutes les chambres</p>	2021	Reporté	
<p>(objectif 2) Projet architectural : prévoir des moyens supplémentaires pour l'entretien des locaux (du fait de l'augmentation de la superficie du bâti)</p>	2021	Réalisé	<p>Renforcement de l'équipe ménage par la mise en place d'un agent dédié de l'équipe ménage par service. Cet agent exerce exclusivement des fonctions hôtelières (ménage, dressage des tables, plonge), ce qui permet d'éviter les glissements de tâches (ASHQ faisant fonction) et permet de disposer de poste de reclassement.</p> <p>Fait: 2 cadres de santé interviennent sur chacun des 2 secteurs soignants. Elles assurent l'encadrement des équipes, le suivi des prises en charge des résidents et effectuent l'interface entre les médecins, les équipes, les familles, la direction et les résidents.</p> <p>Fort de cette expérience et dans le cadre de la refonte du projet de service, 1 IDE référente a été déployée sur l'unité Alzheimer. Elle est dédiée à cette</p>
<p>(objectif 3) Réorganiser l'organigramme des soignants en mettant en place 2 IDE référentes</p>	2018	Réalisé	

			unité pour une amélioration de la continuité des soins des résidents.
(objectif 3) Formalisation d'une équipe d'aide à la marche et mise en oeuvre d'un dispositif adapté avec une équipe dédiée	2018	Réalisé	Mise en place d'une équipe dédiée avec professeur APA, ergothérapeute, psychomotricienne et kinésithérapeute salarié
(objectif 3) Formaliser une procédure de suivi de projets de vie individualisés	2018	Reporté	Notre mode de fonctionnement sur les PAP n'est pas pertinent et optimal. Le CPOM doit être l'objet de s'interroger sur le respect de la réglementation tout en étant adapté aux besoins des résidents.
(objectif 3) Réaliser des temps de transmissions pluridisciplinaires efficaces et non chronophages	2018	Réalisé	Transmissions pluridisciplinaires (AS, AMP, ASHQ et, régulièrement : IDE, PSY, DIET). Formalisation des présences de chacun. Le temps de transmission est jugé trop court. Déploiement des transmissions ciblées
(objectif 3) Réaliser une cartographie des risques liés aux médicaments	2018	Réalisé	Cartographie réalisée sur la base de l'outil ANAP
(objectif 3) Suivre l'application des protocoles et créer des indicateurs pertinents	2018	Partiellement réalisé	La démarche qualité est déployée sur l'établissement. Les documents fondateurs ont été réalisés. Un système d'information est mis en place. Les agents sont régulièrement formés à l'utilisation du logiciel et les procédures sont présentées, lorsque cela est jugé utile, en réunion d'information. Des indicateurs sont définis. Il reste à effectuer un toilettage de ces indicateurs afin qu'ils soient non redondants avec ceux récoltés par ailleurs, à assurer le suivi du recueil de ces indicateurs et le traitement, notamment en cas d'écart à la norme.
(objectif 3) Mettre en place des échanges avec le SSIAD de SAINT-GERAND le PUY	2018	Abandonné	Non fait. N'en avons pas compris l'utilité ni l'objectif.
(objectif 3) Analyse et évaluation du circuit du médicament avec un volet de lutte contre la iatrogénie médicamenteuse	2018	Réalisé	Cartographie réalisée sur la base de l'outil ANAP. Des pistes d'action sur la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse ont été identifiées. Elles doivent néanmoins, pour pouvoir être opérationnellement développées : par le recrutement d'un médecin coordonnateur et par la mutualisation des PUI.

(objectif 3) Formation bucco-dentaire et évaluation des pratiques	2018	Réalisé	Formation réalisées et planifiées. Protocole « coca-cola » mis en place à l'oral. Protocole « soins de bouche » en place.
(objectif 3) Actualisation des protocoles de prise en charge	2018	Partiellement réalisé	Protocoles réalisés et déployés sur le circuit qualité. Ces protocoles doivent être adaptés avec l'arrivée des nouveaux médecins. Travail initié en commission gériatrique.
(objectif 4) Adapter l'horaire de dîner et de coucher au rythme des usagers en excluant des périodes de repas de plus de 12h	2017	Réalisé	Le repas est désormais servi à 18h30, sauf dans le service Alzheimer.
(objectif 4) Recruter un animateur	2017	Réalisé	1 animateur recruté
(objectif 6) Mettre en place un réseau de correspondants qualité	2018	Réalisé	Fonctionnel sur le département. Les réunions ont toutefois été suspendues pendant le COVID. La démarche a été relancée, notamment à la faveur du projet de mutualisation des PUI avec un travail en réseau des spécialistes pour l'audit du circuit du médicament
(objectif 6) Relancer le CREX	2018	Réalisé	Le CREX est lancé. Il se réunit en tant que de besoin. Idéalement, il conviendra de poursuivre et amplifier la démarche.

REMARQUES COMPLEMENTAIRES

--	--	--	--

3-2 : Diagnostic à la date du 11/05/2023

Ce diagnostic synthétise les rapports d'évaluation interne et/ou externe réalisés préalablement au CPOM et des rapports d'inspection s'il y a lieu. Il utilise également les données issues du tableau de bord de la performance des établissements médico-sociaux.

Il sert de base à l'élaboration des objectifs du CPOM.

3-2-1 : Diagnostic territorial

AXE STRATEGIQUE 1 : QUALITE ET SECURITE DE LA PRISE EN CHARGE ET DE L'ACCOMPAGNEMENT	
Points forts	Points à améliorer
<p><u>Personnalisation de l'accueil au moment de l'entrée:</u> Existence d'entretiens d'admission, de visites de préadmission dans le lieu de vie / d'hospitalisation de la personne âgée, individualisation de l'entrée au moment de l'admission, partage de l'histoire et des habitudes de vie avec l'équipe pluridisciplinaire.</p>	<p><u>Admission</u> : la procédure d'admission a été formalisée. Elle est ancienne et a donné lieu à des modifications centrées sur la recherche du consentement (visites de pré-admission) et documents d'accueil et personnalisation accueil le jour J. Il reste à formaliser ce que nous faisons de nouveau depuis notre précédente procédure d'admission.</p>
<p><u>Personnalisation de l'accompagnement</u> : la volonté institutionnelle est là et est partagée par l'encadrement comme par le terrain. Mais il reste du travail de formalisation et d'actualisation. Suivi particulier des plans de soins et PAP. L'actualisation des plans de soin est un objectif individuel des soignants. Partage des objectifs du PAP en équipe pluridisciplinaire. Il reste à travailler la fin de vie et le recueil des directives anticipées ainsi que l'actualisation des PAP.</p>	<p><u>Individualisation de la prise en soin</u> : Le nombre de PAP doit être amélioré. Les psychologues ont, à ce jour, en charge l'organisation et le suivi des PAP. Il faudrait travailler à élargir le périmètre des professionnels « portant » la réalisation des PAP. Il conviendra surtout de formaliser une procédure de réalisation et d'actualisation des PAP ainsi que d'augmenter le temps de psychologue, insuffisant à ce jour, pour remplir nos obligations réglementaires vis-à-vis des PAP.</p>
<p><u>Personnalisation de l'accueil au moment de l'entrée:</u> Existence d'entretiens d'admission, de visites de préadmission dans le lieu de vie / d'hospitalisation de la personne âgée, individualisation de l'entrée au moment de l'admission, partage de l'histoire et des habitudes de vie avec l'équipe pluridisciplinaire.</p>	<p><u>Admission</u> : la procédure d'admission a été formalisée. Elle est ancienne et a donné lieu à des modifications centrées sur la recherche du consentement (visites de pré-admission) et documents d'accueil et personnalisation accueil le jour J. Il reste à formaliser ce que nous faisons de nouveau depuis notre précédente procédure d'admission.</p>
<p><u>Personnalisation de l'accompagnement</u> : la volonté institutionnelle est là et est partagée par l'encadrement comme par le terrain. Mais il reste du travail de formalisation et d'actualisation. Suivi particulier des plans de soins et PAP. L'actualisation des plans de soin est un objectif individuel des soignants. Partage des objectifs du PAP en équipe pluridisciplinaire. Il reste à travailler la fin de vie et le recueil des directives anticipées ainsi que l'actualisation des PAP.</p>	<p><u>Individualisation de la prise en soin</u> : Le nombre de PAP doit être amélioré. Les psychologues ont, à ce jour, en charge l'organisation et le suivi des PAP. Il faudrait travailler à élargir le périmètre des professionnels « portant » la réalisation des PAP. Il conviendra surtout de formaliser une procédure de réalisation et d'actualisation des PAP ainsi que d'augmenter le temps de psychologue, insuffisant à ce jour, pour remplir nos obligations réglementaires vis-à-vis des PAP.</p>

AXE STRATEGIQUE 1 : QUALITE ET SECURITE DE LA PRISE EN CHARGE ET DE L'ACCOMPAGNEMENT	
Points forts	Points à améliorer
<p><u>Lutte contre l'enfermement</u> : vérification de la volonté de la personne d'entrée en EHPAD, facilitation des retours à domicile, prêt d'un véhicule adapté pour que les familles puissent ramener leur proche à domicile, organisation d'animations en ville, participation aux activités de loisirs organisées dans l'intercommunalité.</p> <p><u>Cadre de vie</u> : Parc arboré, service technique avec politique de réfection des chambres et des espaces de circulation régulière.</p> <p><u>Troubles du comportement / Stimulation</u> : Troubles du comportement et troubles cognitifs identifiés et analysés lors des PAP. Stimulation de la mémoire assurée par les animatrices formées ASG, matériel de stimulation novateur utilisé (casque de réalité virtuelle).</p> <p><u>Dénutrition</u> : Suivi de l'état de santé du résident assuré par la diététicienne et traçabilité dans le dossier de soins. Diététicienne recrutée à 80%. Production de compléments alimentaires « maison » dans la plupart des cas. Suivi des courbes de poids formalisé et réalisé. Réduction du jeûne nocturne.</p> <p><u>Démarche qualité et sécurisation</u> : outil de suivi qualité développé, formation des agents à l'utilisation de l'outil et à la déclaration, démarche de mutualisation des pharmacies pour optimiser la qualité, existence d'une culture qualité, organisation de staffs soignants autour de « points qualité ».</p> <p><u>Activité</u> : Le taux d'hospitalisation complète est correct (Q2) (q154), ce qui témoigne d'une médicalisation en interne, retardant les hospitalisations. L'établissement remplit sa vocation sociale en accueillant un nombre de bénéficiaire de l'aide sociale départementale supérieur à Q3 (q334). Cela devra nous interroger sur les avances de trésorerie notamment dans le cadre du paiement de l'aide sociale à terme échu. La durée moyenne de séjour est dans la norme (q319). L'établissement est médicalisé. Il accueille un nombre de GIR 1 supérieur à la médiane départementale. Il accueille peu de résidents en GIR 6 (q172).</p>	<p><u>Lutte contre l'enfermement</u> : Reste à formaliser les modalités d'information et d'accueil des résidents accompagnés en unité Alzheimer (unité privative de la liberté d'aller et de venir).</p> <p><u>Cadre de vie</u> : vétusté des locaux, qui devrait pouvoir être corrigée par le projet architectural</p> <p><u>Motricité</u> : Formaliser l'analyse des chutes en équipe pluridisciplinaire. Equipe « motricité » recrutée et fonctionnelle. Cette équipe est opérationnelle. Elle intervient dans tout l'établissement et assure le suivi et l'accompagnement des résidents. L'équipe a pour objectif annuel d'organiser les olympiades, point d'orgue des actions de prévention et des chutes et de stimulation de la motricité organisées au cours de l'année.</p> <p><u>Douleur</u> : la douleur est prise en compte mais il y a un manque de formalisation des échelles de douleur et d'évaluation médicale. Il convient de sortir du ressenti pour « professionnaliser » les pratiques en termes d'évaluation et de gestion de la douleur. D'autre part, il conviendrait aussi de travailler sur la gestion de la douleur par des thérapeutiques non – médicamenteuses.</p> <p><u>Démarche qualité et sécurisation</u> : L'acculturation de la démarche qualité est à poursuivre en formant systématiquement les nouveaux arrivants, reste à poursuivre la formalisation de certains axes qualité (DARI, incendie, etc...) et à systématiser leur analyse.</p> <p><u>Activité</u> : Le taux d'activité enregistré n'est pas optimal en HP, inférieur à Q1 (q157). Il est correct en HT (Q2) (q1078) et juste correct car à la limite entre le premier quartile et le deuxième quartile en accueil de jour (q1081). Ce taux d'activité a été marqué par le COVID puis par les intempéries survenues en 2022. Il s'améliore notablement fin 2022 pour arriver à un taux d'occupation de 91,7% au 5 mai 2023. La non-réouverture de 15 lits de l'unité Alzheimer (impactée par la grêle) pèse toujours sur ce taux d'occupation.</p>

AXE STRATEGIQUE 1 : QUALITE ET SECURITE DE LA PRISE EN CHARGE ET DE L'ACCOMPAGNEMENT

Points forts	Points à améliorer
<p><u>Cuisine</u> : hygiène +, formalisation est en voie de finalisation, dynamique d'évolution de la qualité, de la production maison et de la présentation. Dynamique à poursuivre. Néanmoins, travail à réaliser sur l'adaptation des menues aux goûts des résidents et sur les liens avec les services de soins. Travail de coopération avec les extérieurs ++</p>	<p><u>Médecin coordonnateur</u> : Actuellement, nous ne disposons pas de médecin coordonnateur à l'EHPAD.</p> <p><u>Bucco-dentaire</u> : Les formations réalisées permettent d'acculturer les soignants au <i>modus operandi</i> des soins bucco-dentaires. Il conviendra néanmoins de réaliser une évaluation systématique de l'état bucco-dentaire des résidents et d'amplifier l'appropriation par les équipes de la systématisation des soins de bouche, l'évaluation des résidents par le GOSO et l'acquisition du matériel permettant la venue des chirurgiens-dentistes au sein de l'EHPAD (1 dentiste est d'accord et attend le matériel).</p>

AXE STRATEGIQUE 2 : POLITIQUE EN FAVEUR DES RESSOURCES HUMAINES

Points forts	Points à améliorer
<p><u>Formaliser les outils stratégiques de gouvernance</u> : Lignes directrices de gestion établies, présentées en CTE. Il est prévu une réévaluation de ce document.</p> <p><u>Politique de recrutement et d'intégration</u> : Sensibilité acquise au sein de l'encadrement au bien-accueillir les nouveaux et attribution de tuteurs pour les stagiaires. Formation des tuteurs.</p> <p><u>Politique RH</u> : L'établissement assure ses prestations par du personnel interne. La sous-traitance est dans la médiane départementale (q861). Son personnel est stable. Il y a peu de vacance (q348, q855 et q856).</p> <p>En interne, les équipes changent régulièrement, afin d'harmoniser les pratiques (q732). Elles sont pour cela accompagnées par un encadrement dont le taux est correct (Q2) (q365).</p> <p>Le taux d'absentéisme est inférieur au premier quartile des établissements du département (q368).</p>	<p><u>Politique de recrutement et d'intégration</u> : Formaliser les outils d'accompagnement des tuteurs et des stagiaires. Etendre le travail déjà réalisé pour les stagiaires aux nouveaux professionnels dans le cadre d'un groupe de travail pluridisciplinaire.</p> <p><u>Politique RH</u> : Concernant la pyramide des âges, les personnels de l'établissement sont plus vieux que la médiane départementale. Ce qui implique d'anticiper de nombreux départs en retraite dans les années qui viennent, ce qui implique aussi de travailler à équilibrer les relations entre les jeunes générations et les générations 40-49 ans et 50-54 ans (q394).</p>

AXE STRATEGIQUE 2 : POLITIQUE EN FAVEUR DES RESSOURCES HUMAINES

Points forts	Points à améliorer
<p><u>Qualité de vie au travail</u> : achats d'outils d'aide au quotidien des professionnels pour réduire le risque de TMS, réalisation des plans de travaux par avec un cabinet d'ergonome, méthodologie participative d'actualisation du DJERP, séances de détente, relaxation et détente des membres inférieurs, supérieurs et du cerveau.</p> <p><u>GPMC</u> : formations promotionnelles, formalisation des fiches de poste, réévaluation régulière afin de les adapter aux évolutions du terrain, adaptation des postes en vue du maintien dans l'emploi.</p>	<p><u>Qualité de vie au travail</u> : Reste à intégrer les conflits générationnels et le vieillissement des professionnels (pyramide des âges) dans notre politique interne de gestion des ressources humaines. Modifier les pratiques professionnelles par des adaptations organisationnelles visant à réduire les risques TMS.</p> <p><u>GPMC</u> : finaliser la cartographie des métiers, accroître les moyens de formation pour professionnaliser les agents, réfléchir aux modalités d'anticipation des départs en retraite.</p>

AXE STRATEGIQUE 3 : LES EHPAD DANS LEUR ENVIRONNEMENT

Points forts	Points à améliorer
<p>L'EHPAD est inséré dans son environnement. Il a tissé des partenariats avec les structures existantes pour améliorer le suivi de la prise en soins des résidents et pour permettre aux résidents de bénéficier d'activités complémentaires à celles qui pourraient être proposées par l'établissement, sans s'y substituer.</p> <p><u>Cuisine commune</u> : collaboration avec la Communauté de Communes du Pays de LAPALISSE, du ressort de l'établissement, pour la mutualisation des moyens de production des repas pour les usagers des 2 collectivités (EHPAD et écoles, portage de repas, crèches, etc...).</p>	<p>Actuellement, nous sommes aux prémices des mutualisations de personnel <u>sur des fonctions complexes</u>. Il conviendrait de mutualiser davantage de « fonctions complexes » pour professionnaliser l'établissement en : informatique, gestion et protection des données personnelles...</p>
<p><u>Fin de vie</u> : formation des professionnels, rédaction des directives anticipées engagée, mise en place d'un comité éthique actif avec cadrage des travaux réalisés par un philosophe et un éthicien.</p> <p><u>Informatique</u> : schéma directeur informatique en place, sauvegarde et redondance des serveurs, surveillance des mises à jour, maintenance du réseau informatique</p> <p>Favoriser la fluidité des parcours avec coordination des acteurs : visites pré-admission, convention, bénévoles, lien avec le SSIAD de SAINT-GERAND la PUY et la PFR de CUSSET</p>	<p><u>Fin de vie</u> : aucune intervention de l'HAD absente malgré la convention existante, poursuivre la sensibilisation des professionnels, la protocolisation des fins de vie (une fois le médecin-coordonnateur recruté) et poursuivre la rédaction des directives anticipées.</p> <p><u>Informatique</u> : formaliser le plan de reprise d'activité et formaliser la politique RGPD</p>

3-3 : Diagnostic financier

Un diagnostic financier initial de la structure signataire du CPOM est réalisé et est utilisé pour l'élaboration d'objectifs du CPOM. La situation financière sera suivie annuellement dans le cadre de l'examen de l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses et le suivi du Plan Global de Financement Pluriannuel.

SYNTHESE

Données	N-4(2020)	N-3(2021)	N-2(2022)
Fond de roulement	75 jours 1.946.278 €	50 jours 1.374.359 €	70,40 jours 2.320.628 €
Taux d'endettement	59,00 %	55,60 %	52,80 %
Besoin en fonds de roulement	70 jours 910 899 €	22,8 jours 705.195 €	44,4 jours 1 462.923 €
Trésorerie en jours (à jour de la dette sociale)	35,6 jours	26,4 jours	43,2 jours
Montant de CAF	747.530 €	-199 8157 €	976.377 €
Taux de CAF	6,97 %	-1,95 %	7,30 %
Taux de vétusté par catégorie	Constructions : 43,02 % Equipements : 50,73 %	Constructions : 45,40 % Equipements : 51,76 %	Constructions : 47,60 % Equipements : 51,76%
Réserves	4.366.315 €	4.366.315€	4.366.315€

Points forts

Points à améliorer

Bilan financier 2022

Grands équilibres du bilan

Le fonds de roulement permet de couvrir le besoin en fonds de roulement pour dégager une trésorerie positive. Bien qu'elle soit tout juste correcte à 41,5 jours d'exploitation, la trésorerie remonte et la situation s'améliore par rapport à 2021. Les grands équilibres sont respectés ; la situation est saine. Elle devra néanmoins être confortée au cours des 2 années à venir par un taux d'occupation maintenu à un haut niveau et une Amélioration significative du recouvrement des créances.

Fonds de roulement

Le fonds de roulement est positif au cours des 5 dernières années.

FRI

Le fonds de roulement d'investissement à tendance à s'amenuiser au profit du fonds de roulement d'exploitation, moins stable. Cette tendance est due d'une part, à la prise en compte avec davantage de réalité des provisions pour risques et charges, depuis les 5 dernières années et, d'autre part, à l'augmentation plus rapide des acquisitions (+2.842.660 € sur la période) que des financements stables (+2.231.642).

Il conviendra donc, à l'approche de la phase de travaux n°2 dans laquelle s'apprête à se lancer l'établissement, de renforcer le haut du bilan au détriment du fonds de roulement d'exploitation. C'est pour cela qu'il est proposé d'affecté une partie importante du résultat excédentaire de 2022 en investissement, afin de conforter le haut du bilan et de revenir à une situation similaire à celle de 2018. Le taux de CAF est à nouveau positif (7,30 %) fin 2022.

FRE

Le fonds de roulement d'exploitation, en augmentation sur la période est dopé par les résultats excédentaires et par une augmentation significative des dotations aux provisions pour risques et charges. Cette dernière augmentation est, pour partie, en trompe l'œil. En effet, pour 2022, l'augmentation des provisions est due à la prise en compte des lettres d'engagement de l'expert de

l'établissement pour l'indemnisation des sinistres de grêle qui ont impacté les toitures des bâtiments HARMONIE, LILAS et ARC-en-CIEL. Le sinistre n'étant pas soldé au 31 décembre 2022, et les dépenses de réparation et de réfection de la toiture ayant été réalisées, il a été nécessaire, par sincérité comptable, d'intégrer à l'exercice 2022 une recette à hauteur de la lettre d'engagement du sinistre. Toutefois, une réflexion étant en cours entre l'assureur et l'établissement au sujet des modalités de calcul de la prise en charge de la vétusté, une provision a été réalisée, afin de se prémunir d'un éventuel refus de l'assureur de prendre en charge la vétusté des toitures refaites. Le montant conséquent de la provision intégrée en 2022 correspond donc à cette anticipation. Pour rappel, la lettre d'engagement de l'expert indique : montant du préjudice (valeur à neuf) : 655.625 € / montant de la vétusté : 89.136 €. La prise en charge assurantielle est assurée à hauteur de 566.489 €. La prise en charge de la vétusté (89.136 €) n'est pas reçue en compte à ce jour.

Besoin en fonds de roulement

Le BFR est positif sur la période. Il augmente principalement à cause d'une augmentation significative des créances entre 2018 et 2022. Un travail avec les services de la Trésorerie Départementale de MONTLUÇON devra être engagé en 2023 afin de réduire ces délais de rotation des créances particulièrement nuisible à la trésorerie.

Trésorerie

Après une année 2021 « noire », la trésorerie redevient positive. Les disponibilités reviennent au niveau correct de 2018. Toutefois, la trésorerie globale diminue sur la période, marquée par une phase d'investissement et une augmentation importante du BFR.

Exploitation

Le résultat de l'exploitation 2022 est plus que correct, renforcé par un accompagnement exceptionnel de l'Agence Régionale de Santé et du Conseil Départemental.

La première qui a fait bénéficier l'EHPAD de nombreux Crédits Non Reconductibles (CNR), ayant permis de corriger les effets négatifs de l'exercice 2021 et, surtout, d'absorber les affres des événements climatiques de 2022 qui ont lourdement handicapé le fonctionnement de l'EHPAD. Le Conseil Départemental a, quant à lui, fait bénéficier l'EHPAD de crédits lui permettant de maintenir ses activités physiques adaptées, via la conférence des financeurs. Le taux de marge brut est satisfaisant à 11,6%

Article 4 : Objectifs généraux et opérationnels du CPOM (En annexe)

Voir le tableau des objectifs en annexe.

Titre 2 : LES MOYENS DEDIES A LA REALISATION DU CPOM

Article 5 : Modalités de détermination des dotations des ESMS

L'article R314-159 du CASF, relatif aux principes généraux de la tarification et au forfait global soins des EHPAD, précise les modalités d'affectation des ressources. Ainsi, une tarification forfaitaire à la ressource est calculée en fonction de l'appréciation de l'évaluation de la perte d'autonomie et de l'évaluation des besoins en soins requis des résidents de chaque EHPAD et est substituée à la procédure contradictoire annuelle, s'agissant du forfait global de soins et du forfait global de la dépendance.

Dans les conditions prévues aux articles R.314-169, R.314-169-2 et R.314-169-4 du code de l'action sociale et des familles, l'évaluation de la perte d'autonomie des personnes hébergées dans l'établissement ainsi que l'évaluation de leur besoin en soins requis sont réalisées, de façon simultanée, avant la conclusion du CPOM ainsi qu'au cours de la 3^{ème} année du même contrat.

Par dérogation aux dispositions de l'article R.314-169 du code de l'action sociale et des familles, l'évaluation de la perte d'autonomie des personnes hébergées dans l'établissement ainsi que l'évaluation de leur besoin en soins requis peuvent être reportées d'une année, à la demande d'une partie adressée par lettre recommandée avec accusé de réception. Les autres parties font part de leur acceptation par lettre recommandée avec accusé de réception dans le délai de deux mois.

Ces évaluations devront être validées au plus tard le **30 juin de l'année N-1** pour être prises en compte.

5-1 Tarification de l'hébergement

Le décret n°2016-1814 du 21 décembre 2016 rend obligatoire la fixation pluriannuelle des tarifs hébergement dans le cadre des CPOM. La détermination annuelle des tarifs n'est plus soumise à la procédure contradictoire. Pendant toute la durée du présent CPOM et conformément aux articles R.314-185, R.314-40 du Code de l'Action Sociale et des Familles, le budget « hébergement » évolue de la manière suivante sur la base des budgets N-1 accordés :

- Evolution des charges nettes (charges brutes – produits en atténuation) :
 - Sur la base des budgets N-1, application de l'objectif annuel d'évolution des dépenses nettes arrêté par l'Assemblée départementale dans le cadre des orientations budgétaires pour l'année considérée (Année N),
 - Prise en compte d'une revalorisation en année N+1 et sur la durée du CPOM sur la base de l'objectif annuel d'évolution des dépenses nettes arrêté par l'Assemblée départementale dans le cadre des orientations budgétaires annuelles.
- Prise en compte des surcoûts liés aux programmes de travaux :
 - Prise en compte des surcoûts occasionnés sur la section d'hébergement par les programmes de travaux (construction, réhabilitation, restructuration), dans le cadre des programmes d'investissement et de leurs plans de financement préalablement validés par le Département, conformément à l'article R.314-20 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

5-2 Forfait dépendance

Le forfait global relatif à la dépendance est défini à l'article R.314-172 du Code de l'Action Sociale et des Familles. Il est constitué du résultat d'une équation tarifaire et de financements complémentaires.

L'article 5 du décret n°2016-1814 prévoit la mise en œuvre d'une convergence tarifaire des EHPAD vers le forfait global dépendance cible issu de l'équation tarifaire d'ici 2023, sur la base d'un échancier.

Les différentes modalités de mise en œuvre du forfait global relatif à la dépendance seront arrêtées par l'Assemblée départementale dans le cadre des orientations budgétaires annuelles.

5-3 Forfait soins

Le forfait sera calculé, en application de l'article 64 de la loi de financement de la sécurité sociale 2019, pour atteindre la dotation cible et est fonction de la variation du point fixée annuellement par la CNSA.

EHPAD 1 Dotations soins HP reductible au 01/01/2023	3 519 373.12€
TOTAL Dotations soins HP reductible N-1	3 519 373.12€

La dotation plafond est le résultat de l'équation tarifaire "GMPS * capacité financée HP * valeur de point". A compter de 2021, le forfait soins (hors financements complémentaires) sera égale à la dotation cible.

5-4 Financements complémentaires

5-4-1 Financements pérennes au 01/01/2023 (ARS) et à compter du 01/01/2024 (Département)

Types d'actions	Modalités	Montant	
		ARS	Département
Modalités d'accueil particulières	PASA et UHR	69 220,14 €	
	AJ rattachés	69 451,30 €	
	et HT rattachés	48 494,75 €	6 936 €
	autres FI.COMP	968 091,42 €	
Formation Humanitude			18 000 €
+ 0,50 ETP psychologue			27 000 €

5-4-2 Financements ponctuels au 01/01/2023 et à compter du 01/01/2024

Types d'actions	Modalités	Montant	
		ARS	Département
Modalités d'accueil expérimentales			
CNR Médicaments coûteux (2023)		6 961,88 €	
CNR Neutralisation perte dépendance (2023)		5 482,89 €	
CNR Dépenses de personnel non pérennes (2023)		12 916,50 €	
CNR mesures RH estivales (2023)		8 100 €	
Déploiement de la démarche qualité			37 200 € (en 2024)

5-5 Fixation des taux d'occupation

Le taux d'occupation retenu est le taux d'occupation dépendance de l'année N-1, les absences de moins de 72 heures pour cause d'hospitalisation ou pour convenance personnelle étant comptabilisées.

Pour l'hébergement permanent :

En application des dispositions de l'arrêté du 6 juin 2019 modifiant celui du 28 septembre 2017 relatif au seuil mentionné à l'article R.314-160 déclenchant le dispositif de modulation du forfait global soins, ce dernier peut être minoré selon les dispositions suivantes :

- Si le forfait global soins perçu est de 100 % de l'équation tarifaire : le taux d'occupation doit être supérieur ou égal à 95 %
- Si le forfait global soins perçu est compris entre 90 et 100 % de l'équation tarifaire, l'évolution du taux d'occupation doit être le suivant : 91 % en 2020 et 95 % en 2021
- Si le forfait global soin perçu est inférieur à 90 % de l'équation tarifaire, la modulation ne s'applique pas.

Il appartiendra à l'organisme gestionnaire de porter à la connaissance des autorités publiques tout événement à caractère exceptionnel justifiant cette baisse d'activité.

Article 6 : Cadre budgétaire du CPOM - l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD)

6-1 Périmètre et transmission de l'EPRD

A la date d'effet de la signature du présent CPOM et en application du décret 2016-1815 du 21/12/2016 modifiant les dispositions financières applicables aux ESMS mentionnés au I de l'article L312-1 du CASF, l'organisme gestionnaire produit l'EPRD relatif à l'établissement relevant du périmètre du CPOM.

Les charges et produits de chaque établissement du périmètre de l'EPRD sont retracés dans des comptes de résultat prévisionnel (CRP) spécifiques.

L'EPRD et ses annexes doit être transmis par voie dématérialisée aux autorités de tarification avant le 30 avril ou dans les 30 jours suivants la dernière notification de crédits et au plus tard le 30 juin.

6-2 Clôture de l'exercice et modalités d'affectation de l'EPRD

Le gestionnaire s'engage à transmettre chaque année l'Etat Réalisé des Recettes et des Dépenses (et ses annexes) pour le 30 avril N+1. A défaut, les autorités de tarification arrêteront le résultat et son affectation, en application de l'article R314-237 du CASF.

Le périmètre de l'ERRD est identique au périmètre de l'EPRD.

Les résultats d'exploitation de chaque établissement du périmètre de l'ERRD seront retracés dans des comptes de résultat spécifiques.

Le principe budgétaire global est celui d'une libre affectation des résultats des établissements relevant du CPOM laquelle peut s'appliquer de manière globale et non plus par sections tarifaires.

En application de l'article R.314-234 du CASF, les parties conviennent des modalités d'affectation des résultats en lien avec les objectifs définis au présent contrat et selon les dispositions suivantes :

- a) Les excédents d'exploitation sont affectés en priorité à l'apurement des déficits antérieurs. Sous cette réserve, l'organisme gestionnaire affecte le résultat excédentaire de l'année en le répartissant sur les comptes pré-listés à l'article R. 314-234 du CASF. Les choix d'affectation doivent favoriser la réalisation des objectifs du présent contrat et tenir compte d'un diagnostic financier de l'établissement réalisé annuellement et partagé par les autres parties.
- b) Les déficits d'exploitation sont couverts en priorité par le compte de report à nouveau excédentaire. Le cas échéant, ils seront couverts par la reprise de la réserve de compensation et, pour le surplus éventuel, affecté à un compte de report à nouveau déficitaire de ce compte de résultat.

Lorsque les données de chaque compte de résultat font apparaître une insuffisance d'autofinancement durant trois exercices consécutifs, le directeur précise dans son rapport d'activités les mesures de redressement ainsi que leur délai de mise en œuvre, nécessaires à la poursuite de l'activité. Chacune des parties signataires évaluera la pertinence de saisir le comité de suivi, tel que mentionné à l'article 8 du présent contrat.

Article 7 : Frais de siège

NON CONCERNÉ.

Titre 3 : MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT

Article 8 : Suivi et évaluation du contrat

Les parties signataires du contrat organisent la mise en place d'un comité de suivi chargé de s'assurer de la bonne exécution du contrat.

8-1 Composition

Le comité de suivi est ainsi composé des représentants des parties signataires du présent contrat.

8-2 Documents à produire

Le comité de suivi s'appuie sur les documents et comptes rendus produits par l'organisme gestionnaire dans le cadre de ses obligations réglementaires et conventionnelles : évaluations externes, internes, documents

budgétaires et comptables, revue des objectifs, données du tableau de bord de la performance, actualisation des données administratives déclarées (article 1-2).

8-3 Dialogues de gestion

Le comité de suivi se réunit à deux reprises au cours du contrat :

- Au cours de l'année de réalisation de l'évaluation de la perte d'autonomie des personnes hébergées dans l'établissement et de l'évaluation de leur besoin en soins requis prévues à l'article 5 du présent contrat, afin d'établir un point à mi-parcours, le comité de suivi examine la trajectoire de réalisation des objectifs fixés, sur la base du bilan d'étape proposé par l'organisme gestionnaire permettant d'apprécier la qualité de l'accompagnement. Il valorise les résultats obtenus et les efforts réalisés. Il signale les retards pris ou les difficultés et propose un plan de mesures correctrices intégrant éventuellement un réajustement des objectifs et/ou des moyens initiaux si cela est justifié. Après accord du comité de suivi, ces modifications pourront faire l'objet d'un avenant au contrat.
- Au cours de la 5^{ème} année du contrat, pour le bilan final et la préparation du prochain contrat, le comité de suivi examine les résultats obtenus par le gestionnaire sur la base d'un bilan proposé par celui-ci. Compte tenu du bilan final, le comité de suivi établit des propositions de priorités et d'objectifs pour le CPOM prenant la suite du contrat arrivant à échéance.

En dehors de ces dialogues de gestion, il est de la responsabilité de chaque partie gestionnaire de saisir le comité de suivi lorsque des circonstances ou faits nouveaux font peser un risque fort sur les conditions d'exécution du contrat, tant du point de vue des objectifs que des moyens. La partie signataire concernée saisit les autres parties de manière circonstanciée, par lettre recommandée avec accusé de réception ou tout autre moyen permettant d'attester que la saisine a bien été portée à la connaissance des destinataires. A compter de la date de réception attestée, les membres du comité de suivi disposent de deux mois pour convenir, par tout moyen approprié, des suites à donner.

8-4 Transmission annuelle

Dans le cadre de la transmission de l'Etat Réalisé des Recettes et des Dépenses (ERRD) au 30/04/N+1, l'organisme gestionnaire doit joindre une revue des objectifs du CPOM. Ce document doit comprendre, pour chaque objectif, son niveau de réalisation retracé par l'indicateur comparé à la cible ainsi que tout élément permettant d'apprécier son atteinte.

Article 9 : Traitement des litiges

Les parties s'engagent à chercher toute solution amiable en cas de désaccord sur l'exécution ou l'interprétation du présent contrat. A défaut d'accord amiable, le différend pourra être porté devant la juridiction compétente.

Article 10 : Révision du contrat

Une révision du CPOM peut être réalisée au vu des conclusions du comité de suivi à l'issue des dialogues de gestion ou des saisines exceptionnelles des parties.

Article 11 : Entrée en vigueur et durée du contrat

Le présent contrat entre en vigueur le 01/01/2024, pour une durée de 5 ans, soit le 31/12/2028.

La durée initiale du contrat peut être prorogée pour une durée maximale d'un an. Au plus tard 6 mois avant l'échéance prévue du CPOM, une partie signataire souhaitant la prolongation le notifie aux autres parties

signataires par lettre recommandée avec accusé de réception. A défaut de réponse dans ce délai, la prolongation est réputée acquise.

A l'échéance de la prorogation d'un an lorsque celle-ci a été convenue entre les parties, un avenant prolongeant le CPOM d'un an peut être conclu.

Article 12 : Résiliation du CPOM

Il prend fin dans les cas suivants :

- En cas d'évolution législative ou réglementaire lui faisant perdre son objet
- En cas de résiliation de l'une des parties

Une ou plusieurs parties peut demander la résiliation du présent contrat.

La résiliation s'effectue par lettre recommandée avec accusé de réception adressée aux autres signataires du contrat.

Ladite résiliation ne prend effet qu'à l'échéance d'un délai de deux mois à compter de la réception de la lettre recommandée.

Dans le cadre d'une fermeture provisoire ou définitive de l'établissement, le présent contrat sera suspendu ou résilié de plein droit à la date de fermeture.

Article 13 : Liste des annexes

Les documents ci-après constituent les annexes du CPOM :

- Plan global de financement pluriannuel
- PPI
- Tableau des objectifs du CPOM

- 6 MARS 2024

Fait à Lyon, le

La Directrice Générale de l'ARS
Auvergne-Rhône-Alpes

Cécile COURREGES

Le Président du Conseil
Départemental

Claude RIBOULET

L'organisme gestionnaire

Michael MERCIER
Directeur

P/ La directrice générale et par délégation
Le directeur de l'autonomie
Raphaël GLABI

Signature de Michael Mercier
Le Directeur
03120 LAPALISSE

